

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

336

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juillet 1907, à 1 heure

Par L.-P. MOULAÛ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
VOMISSEMENTS PÉRIODIQUES
CHEZ LES ENFANTS

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : } MM. GAUCHER, professeur.
 } CLAUDE et MARCEL LABBÉ, agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

336

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juillet 1907, à 1 heure

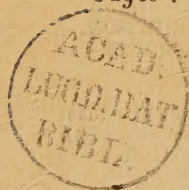
Par L.-P. MOULAÛ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

VOMISSEMENTS PÉRIODIQUES CHEZ LES ENFANTS

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : } MM. GAUCHER, professeur.
 } CLAUDE et MARGEL LABBÉ, agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTES

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		N...
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		N....
Pharmacologie et matière médicale.		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY:
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.		D ^s LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	}	N.....
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE
BRANCA	FAURE	MAILLARD
BEZANÇON	GOSSET	MARION
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE
BR OCA (André)	JEANSELME	MERY
CARNOT	LABBE	MORESTIN
CLAUDE	LANGLOIS	POTOGKI
CUNEO	LAUNOIS	PROUST
DEMELIN	LEGRY	RENON
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD
		RIEFFEL (chef destrav. anat).
		TEISSIER
		THIROLOIX
		VAQUEZ
		WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

J'apporte le souvenir de tout ce qu'il a fait pour moi et l'éternel regret d'être privé, au seuil de ma vie active, de la bienveillante sollicitude dont il m'a toujours comblé.

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

J'offre l'hommage de mon affectueuse reconnaissance. Personne ne saura jamais quels trésors m'a toujours prodigués son immense tendresse. Sa vie toute d'abnégation et de courageux dévouement restera pour moi le meilleur et le plus réconfortant exemple.

A MES SŒURS CHÉRIES

A MON ONCLE, F. CHARDON

Je dédie ce modeste travail. Je ne peux oublier qu'il a été pour moi un second père et que j'ai reçu de son affectueuse bonté mille bienfaits pour lesquels je lui dois une infinie reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail, il nous est agréable d'obéir à un devoir professionnel : remercier ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous.

C'est M. le Dr COMBY qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, qui a dirigé nos recherches, qui nous a communiqué plusieurs observations inédites. C'est lui qui fut, ces trois dernières années, notre maître bienveillant, à l'hôpital des Enfants-Malades, et c'est grâce à son enseignement clinique, d'une expérience si sûre et si précise que nous avons été initié à la médecine et à la thérapeutiquesi difficiles des enfants. Qu'il reçoive ici notre plus respectueuse gratitude.

Nous tenons également à témoigner notre reconnaissance à M. le professeur agrégé, MAUCLAIRE, chirurgien des Hôpitaux, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, durant notre stage hospitalier.

Nous avons fait notre stage spécial d'accouchements chez M. le professeur BUDIN. Nous gardons à

notre regretté maître le souvenir ému du précieux enseignement que nous avons suivi pendant trois mois. Une grande part de notre reconnaissance va à MM. les Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux pour le large profit que nous avons tiré de leurs leçons si instructives et toujours attrayantes.

Nous prions notre ami CARLOTTI, interne des Hôpitaux, auquel nous sommes attaché par tant de bons souvenirs, de bien vouloir croire à l'inaltérable affection que nous avons pour lui.

Que M. le professeur LANDOUZY qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, reçoive l'expression de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

En 1861, dans la *Gazette médicale de Paris*, le Dr Lombard publie un article intitulé « Description « d'une névrose de la digestion, caractérisée par des « crises périodiques de vomissements et une profonde modification de l'assimilation ». D'après le tableau qu'il en trace, nous savons que cette maladie est ce que nous appelons aujourd'hui les *vomissements cycliques* des enfants ou les *vomissements avec acétonémie*, ou les *vomissements à répétition*. Le Dr Northrup, dans son *Traité des maladies de l'Enfance*, nous apprend que la première observation de ces crises essentielles de vomissements chez les enfants a été consignée par le Dr Gruère, dans le *Précis des travaux* (Société méd. de Dijon) en 1838-1841. Mais elles n'ont attiré l'attention des pédiâtres qu'après les neuf observations que fait paraître Gee en 1882.

Après lui viennent les travaux documentés des médecins américains. Snow (*The gastric neurosis*)

en 1893 ; *Rachford* (The lithœmia) en 1897 ; *Holt* et surtout *Withney* (Cyclic vomiting) en 1898.

En France ce fut le *D^r Comby* qui le premier étudia dans diverses publications, les vomissements périodiques des enfants. Presque en même temps paraissent les études de *M. Marfan* sur les vomissements avec acétonémie, et diverses communications à la société de pédiatrie, de MM. Richardière, 1901, sur *l'ictère et le rôle du foie* dans les vomissements périodiques ; Marfan, qui met en valeur l'un des symptômes les plus constants de la maladie : l'acétonémie ; Comby, qui met surtout en relief l'hérédité arthritique, la diathèse uricémique, comme facteur étiologique capital, et montre les rapports de ces vomissements avec l'appendicite. Nous verrons, enfin, au chapitre de la Pathogénie, la conception très séduisante que M. Hutinel a soutenue avec l'autorité que tout le monde lui reconnaît.

En Italie, *Valagussa* s'occupe des vomissements cycliques des enfants, et en rapporte plusieurs cas qu'il rattache au neuro-arthritisme. En même temps *Rudolf Fischl* de Prague s'efforce d'attirer l'attention des pédiâtres sur la fréquence relative des vomissements périodiques chez les enfants hystériques,

Actuellement le syndrome que nous allons étudier est bien défini, au point de vue clinique. Mais les problèmes « physiologiques et pathologiques » sur lesquels déjà le *D^r Lombard* appelait l'attention de ses contemporains, n'ont pas encore reçu une solution satisfaisante. Nous exposons plus loin les nom-

breuses théories qui ont été proposées pour expliquer la nature de ces vomissements périodiques.

Le substratum morbide dont les vomissements cycliques constituent le syndrome, reste ignoré. Mais, à la faveur d'observations toujours plus nombreuses, les médecins d'enfants, mieux avertis, semblent avoir pénétré plus avant dans le champ des conditions étiologiques, et déterminé plus nettement certains rapports, jusqu'ici insuffisamment étudiés.

C'est ainsi qu'après avoir retracé rapidement le tableau clinique du syndrome, et rappelé les différentes théories pathogéniques, il nous a paru intéressant de mettre surtout en relief ces faits nouveaux ou presque : rapports des vomissements périodiques avec *la migraine et autres manifestations arthritiques*, avec les *végétations adénoïdes* et principalement avec *l'appendicite chronique*; après cette étude, nous pourrions mieux discuter le diagnostic et exposer plus clairement la thérapeutique rationnelle de cette affection.

OBSERVATIONS

Observation I (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

17 décembre 1906. — Fille de 3 ans 1/2. Mère 30 ans, nerveuse, a eu des crises d'hystérie étant jeune fille. Père 40 ans, fort, athlétique, migraineux et rhumatisant. Une sœur est également nerveuse.

Née à terme, nourrie au sein par une bonne^{me} nourrice ; le régime alimentaire de l'enfant a toujours été irréprochable. A 18 mois, elle commence à vomir. Pendant trois jours, les vomissements se répètent ; elle rejette tout ce qu'on lui donne, a de la fièvre et une constipation opiniâtre. Puis tout se dissipe brusquement. Depuis cette crise l'enfant vomit facilement, en voiture, en bateau, en chemin de fer. Trois mois après, nouvelle crise ; la fillette est prise brusquement de vomissements bilieux répétés, avec fièvre, constipation absolue et haleine forte ; la langue est nette. Ces accidents durent trois jours et cessent brusquement.

Depuis, l'enfant a une crise semblable, tous les trois mois environ.

A l'examen, le ventre est souple, aucune douleur à la palpation ; dans la fosse iliaque droite on ne provoque aucune sensibilité, au point de Mac Burney. On prescrit l'eau de Vichy et le régime végétarien.

Observation II (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Janvier 1906. — Fillette de 6 ans 1/2, très délicate. Née avant terme, pesant entre 1400 et 1500 grammes ; élevée à la couveuse. Depuis quelques années, elle présente d'une façon périodique, et en été seulement, des crises de vomissements qui durent cinq à six jours. En pleine santé, elle est prise de vomissements incoercibles, avec constipation opiniâtre et haleine acétonémique ; dès le début de la crise l'enfant est très abattue et amaigrie ; elle fond comme de la cire, dit la mère. Il n'y a presque jamais de fièvre.

A l'examen, le ventre est souple, sans aucune douleur spontanée ou provoquée dans la fosse iliaque droite. En dehors des crises, l'enfant est dans un état d'*excitation cérébrale* presque continuelle : nerveuse, excitable, insupportable, mordant sa mère, déchirant, cassant tout ce qui lui tombe sous la main. Les nuits sont agitées. Malgré cela, intelligente et parlant bien.

On prescrit le drap mouillé, l'eau de Vichy, la vie à la campagne, le régime végétarien.

Observation III (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Avril 1902. — Fille de 20 ans, bien constituée. Née à erme, nourrie au sein par sa mère jusqu'à 14 mois. A marché de bonne heure, première dent à 5 mois. Famille arthritico-nerveuse. N'est pas habituellement constipée, aurait plutôt de la diarrhée, surtout avant les crises de vomissements.

Depuis l'âge de 13 ans, elle présente, deux ou trois fois par an, des vomissements périodiques durant quatre, cinq et six jours, et même davantage; le début des accès est souvent brusque, avec constipation, mais sans fièvre ni douleurs de ventre, la terminaison est aussi brusque que le début, retour à la santé, presque immédiat.

Depuis sa première crise, la malade vomit facilement pour une émotion, une fatigue, ou à l'occasion d'une grippe, des oreillons. Souvent elle eut pendant les crises ou à leur suite un exanthème des mains avec desquamation scarlatiniforme.

Examen : le ventre a des parois souples, même flasques, se laissant facilement déprimer. Clapotage au-dessous de l'ombilic; à droite, sensibilité vive, on touche un corps arrondi, fugace, qui semble s'énucléer sous la main : c'est évidemment le rein droit. Le foie est normal. Rien au cœur, rien aux poumons. Aucun stigmatte d'hystérie.

Régime végétarien, avec rationnement de liquide; drap mouillé, bains salés et alcalins, paquets eupeptiques. Ceinture de flanelle pour son rein mobile.

Observation IV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Avril 1907. — Fille de 9 ans 1/2 ; grande et bien développée ; très impressionnable. Rougeole à 5 ans, coqueluche à 6 ans. Père nerveux, grand-père gouteux. Mère bien portante. A l'âge de 14 mois, elle fut prise de vomissements incoercibles, durant trois à quatre jours ; depuis, eut des crises semblables, environ tous les trois ou quatre mois.

La mère a remarqué que la crise est presque toujours précédée de battements de cœur douloureux, de maux de tête ; puis les extrémités se refroidissent, la constipation devient absolue et les vomissements surviennent, d'abord bilieux, puis aqueux, violents, prolongés, s'accompagnant d'abattement rapide et d'odeur fétide de l'haleine.

L'enfant est vue pendant une de ces crises.

A l'examen, le ventre est souple, aucune douleur à la palpation de la fosse iliaque droite ; l'estomac est dilaté. L'auscultation est négative.

Le foie et la rate sont normaux.

Observation V (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Avril 1907. — Fille de 9 ans, très forte (vue avec le Dr Fleury). A eu de l'entérite muco-membraneuse, et des végétations adénoïdes dont elle fut opérée.

En 1904, eut une crise violente de vomissements, avec

facies péritonéal et point appendiculaire marqué ; elle est dans un état d'abattement extrême ; état général très inquiétant. Le Dr Sevestre consulté parle d'appendicite.

Depuis cette époque, l'enfant a des crises de vomissements tous les deux mois environ. Chaque fois, elle vomit plusieurs fois dans une journée, ne peut garder aucun aliment ; elle est constipée, fiévreuse et très abattue ; puis tout se dissipe, et la fillette semble bien se porter, jusqu'au jour où une nouvelle crise vient la surprendre.

Le Dr Comby voit l'enfant pour une grippe à forme ganglionnaire ; au cou, et à droite, elle présente une glande grosse et douloureuse ; la gorge est très rouge, température de 39° ; langue saburrale.

Observation VI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Juillet 1905. — Garçon de 7 ans. *Migraineux*, habituellement constipé, très nerveux, sujet au faux croup.

Père et grand-père migraineux ; mère lithiasique.

Nourri au biberon avec lait stérilisé. Pendant les premiers mois, l'enfant vomissait facilement. Puis il eut de vraies attaques de vomissements incoercibles, avec fièvre et constipation absolue, survenant tous les deux ou trois mois et durant, chaque fois, deux et trois jours. Depuis deux ans, les accès sont plus violents et plus rapprochés. En pleine crise, l'enfant a des vomissements répétés ; rejette tout ce qu'il prend, la constipation est toujours absolue. Depuis quelque temps, douleurs de ventre intolérables. Il y a

huit jours, eut des crises de migraine avec nausées et vomissements.

Examen: ventre assez souple; dans la région de Mac Burney, douleur à la pression forte. Hernie inguinale à droite.

Observation VII (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Octobre 1905. — Garçon de 9 ans, de souche arthritique. Né à terme, nourri au sein jusqu'à 16 mois. A marché à 2 ans. Type de mongolien atténué. A eu de la gastro-entérite et fut opéré des végétations adénoïdes à 3 ans. Constitution délicate. L'enfant a gros ventre et est habituellement constipé.

Il eut des crises de vomissements, sortes d'indigestions, jusqu'à l'âge de 6 ans, avec phénomènes fébriles, et se répétant toutes les cinq à six semaines. Il y a quatre mois, il eut pendant quarante-huit heures un accès, caractérisé par des vomissements incoercibles, de la fièvre, de la constipation opiniâtre, par des douleurs de ventre, irradiées dans la jambe droite. Les accidents cessent assez rapidement.

Il y a six jours, nouvelle crise avec vomissements aqueux répétés, et douleurs de ventre violentes, une température anale de 39°, le pouls est lent; la langue blanche.

Traitement: diète hydrique, glace sur le ventre. Guérison.

Observation VIII (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Novembre 1906. — Garçon de 6 ans, vu en 1902 pour un état dyspeptique avec atonie gastrique. Père nerveux, opéré

d'appendicite. Mère et grand-père maternel, arthritiques. Une sœur de 8 ans atteinte d'entérite muco-membraneuse, l'enfant eut lui-même des poussées d'entérite et des accès de laryngite striduleuse.

Il vomit facilement et est habituellement constipé.

En juillet, crise de vomissements incoercibles, durant quarante-huit heures, s'accompagnant de fièvre et de constipation, de prostration rapide des forces.

En août et en novembre, nouvelles crises semblables, avec haleine fortement acide et langue saburrale. Dans l'intervalle l'enfant est languissant, pâle, dyspeptique, souffrant assez souvent de maux de tête. Quand on examine son ventre, on ne trouve aucune douleur appendiculaire. Foie normal estomac dilaté.

Le 4 décembre. — L'enfant a une nouvelle crise, plus violente que les précédentes, avec vomissements répétés et fièvre intense. Cette fois, l'exploration du ventre révèle une douleur vive au point de Mac Burney. L'enfant succombe, après avoir présenté des accidents méningitiques.

Observation IX (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Janvier 1907. — Fille de 8 ans et 8 mois, suivie par le Dr Comby, depuis plusieurs années, pour une entérite muco-membraneuse.

Famille arthritique. Nourrie au sein ; constipation habituelle ; a fait deux séjours à la Bourboule.

Dès l'âge de 1 an, elle a tous les mois une crise caracté-

risée par des vomissements, plusieurs fois répétés dans la journée, par de la constipation absolue, par de la fétidité de l'haleine.

Les crises vont s'espaçant de plus en plus. Depuis deux ans, elle n'en a plus que tous les cinq ou six mois. Au commencement de ces accès de vomissements, elle a l'haleine forte, très peu de fièvre.

Examen : ventre à parois souples, aucune douleur à la pression, à l'auscultation, rudesse inspiratoire, à droite, entre l'omoplate et la colonne vertébrale.

Observation X (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Mai 1903. — Garçon de 7 ans, de souche arthritique. Grand et bien développé. A souffert d'une première crise de vomissements à l'âge de 2 ans. Puis les crises d'abord éloignées se sont rapprochées, au point de revenir tous les mois, et même tous les quinze jours. Elles sont parfois précédées de mal de gorge.

Pendant la crise qui dure trois, quatre jours, l'enfant a des vomissements incoercibles, mais sans constipation. L'estomac est d'une intolérance absolue ; rien ne peut arrêter les vomissements et c'est brusquement que cesse la crise.

Le Dr Schwartz, consulté, voit l'enfant en pleine crise, il ne trouve aucun signe d'appendicite ; le ventre est souple, la palpation même profonde ne réveille aucune douleur. Examen des autres organes, négatif.

On prescrit les alcalins, le drap mouillé, le régime végétarien, et la vie au grand air.

Observation XI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr COMBY.)

Septembre 1905. — Vu avec le Dr Weill, un garçon de 7 ans, maigre, nerveux, de constitution délicate ; nourri au lait stérilisé. A eu des poussées d'urticaire, mais aucune autre maladie. Mère nerveuse.

Depuis quatre jours, l'enfant est atteint de vomissements soudains incoercibles, ayant débuté brusquement. Sa mère raconte que son fils a eu des crises semblables, une fois au moins tous les ans. Ces crises durent deux ou trois jours, avec embarras gastrique et constipation opiniâtre. A la fin de la crise, l'enfant se rétablit promptement.

Cette fois la crise est plus forte, mais il n'y a ni fièvre, ni mal de tête ; le sommeil est agité, l'enfant a du délire.

L'enfant a l'air intelligent, répond nettement aux questions ; à l'examen, présente la raie méningitique, mais ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig. Le ventre est rétracté ; une palpation attentive et profonde révèle une sensibilité dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic porté. — Vomissements à rechutes dus à une appendicite chronique.

On revoit l'enfant le 30 octobre ; il est pâle, amaigri et le point douloureux persiste dans la fosse iliaque droite. Constipation. Revu le 30 novembre, l'enfant a meilleure mine, il est moins pâle et a engraisé. Il y a trois jours, nouvelle crise, avec vomissements répétés, fièvre, constipation. Elle dure deux jours. Poussée urticaire.

A l'examen, le point appendiculaire a disparu, le ventre est partout souple et indolore.

A noter que le père de cet enfant a eu, dans son enfance, des accidents semblables.

Observation XII (*personnelle*).

(Recueillie dans le service de M. le D^r COMBY,
aux Enfants-Malades.)

Février 1906. — Andrée G..., âgée de 6 ans 3 mois. Mère habituellement bien portante; très nerveuse, souffre de temps en temps de palpitations et de migraine. Père 35 ans, bien portant.

Née à terme, sans incident obstétrical. Nourrie au biberon, à la campagne. A marché à 11 mois; première dent à 5 mois. N'a jamais présenté aucun signe de rachitisme. Aurait eu de la gastro-entérite à 5 ans, se traduisant par vomissements et diarrhée assez graves "pour obliger l'enfant à garder le lit durant un mois.

Depuis lors, l'enfant, tous les mois environ, est pris de troubles caractérisés par des vomissements durant quarante-huit heures, débutant vers minuit comme une indigestion. Les vomissements sont incoercibles; l'enfant ne peut rien garder. La mère a remarqué que pendant ces crises l'haleine est fade. Ces vomissements surviennent à l'improviste, au cours d'une excellente santé; après la crise, l'enfant se remet très vite.

La fièvre est modérée; pendant la dernière crise la température a été de 38°3 (aisselle), et l'enfant s'est plaint de maux de tête et de douleurs de ventre.

A eu des végétations adénoïdes, dont il fut opéré, l'année dernière.

A l'examen : ventre souple, facile à explorer; aucune douleur à la palpation. Cependant on sent profondément un cordon induré, qui paraît être l'*appendice*, plus gros et plus volumineux qu'à l'état normal.

L'examen des autres organes est négatif. Aux membres inférieurs, traces d'une éruption, due probablement à de l'ecthyma et datant du mois d'août.

Traitement : eau de Vichy. Bains alcalins. Frictions.

Observation XIII (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. COMBY,
aux Enfants-Malades.)

4 juin 1906. — Blanche G..., 11 ans. Père bien portant. Grand-père maternel ataxique. Mère 40 ans, migraineuse.

Née à terme, nourrie au sein par sa mère jusqu'à 11 mois. A marché à 14 mois. Rougeole à 3 ans. Scarlatine à 6 ans.

Depuis l'âge de 9 ans, l'enfant, ordinairement bien portante. Présente tous les huit mois environ une crise de vomissements, qui dure à peu près trois jours. Ces vomissements sont tantôt alimentaires, tantôt bilieux, et se répètent plusieurs fois dans la journée; il y en a ordinairement un au lever, trois ou quatre dans la matinée, deux ou trois dans l'après-midi. Le repos de la nuit n'est pas troublé. Jeudi dernier a eu lieu la dernière crise (que nous observons) et qui a duré jusqu'au dimanche soir, donnant environ vingt vomissements.

En dehors des crises, l'enfant se porte bien, a bon appétit et digère bien.

Le ventre est souple et indolore. L'examen des organes est négatif.

Observation XIV (*personnelle*).

Recueillie dans le service de M. COMBY, aux Enfants-Malades.

Julien B..., 5 ans. Mère bien portante, eut deux fausses couches et trois enfants, dont deux sont morts, l'un de diarrhée infectieuse, l'autre de méningite tuberculeuse. Père 63 ans : obèse, arthritique.

L'enfant est né à terme. Nourri au lait stérilisé. A marché à 14 mois ; première dent à 6 mois. Bronchite capillaire à 9 mois. A toujours été maigre, il a le ventre très gros et le thorax en entonnoir.

Le 29 décembre il a été pris de vomissements, à quatre heures du matin, d'abord alimentaires, puis bilieux, ayant duré jusqu'au 1^{er} janvier. L'enfant vomissait tout ce qu'il prenait.

La crise se termina brusquement, et l'enfant est revenu à la santé, complètement ; mais il est resté constipé.

A eu trois crises semblables depuis l'âge de deux ans.

Observation XV (*personnelle*).

(Recueillie dans le service de M. le Dr COMBY,
aux Enfants-Malades.)

Juillet 1904. — André T..., 5 ans. Antécédents héréditaires vagues. Né à terme, nourri au sein par sa mère jusqu'à

19 mois. Confié ensuite à une nourrice qui l'a mal nourri, eut consécutivement une gastro-entérite grave.

Depuis cette entérite, l'enfant eut tous les mois, d'une façon assez régulière, des crises de vomissements, survenant de la façon suivante : en pleine santé, et brusquement, il est pris de vomissements incoercibles, l'estomac est d'une intolérance absolue ; la crise dure une journée et demie, s'accompagnant de fièvre intense, et de constipation, et suivie d'abattement extrême et d'amaigrissement prononcé ; l'haleine a une odeur de lait caillé, assez forte pour impressionner l'entourage. Au bout de quinze à seize heures, terminaison brusque de l'accès et retour presque immédiat à la santé.

État actuel. — L'enfant est habituellement constipé ; il est de belle apparence, robuste et de taille au-dessus de la moyenne. La langue est belle, l'appétit soutenu. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux à la pression. Foie et rate normaux.

L'enfant présente assez souvent sur les mains une petite éruption sudorale. Il est agité, nerveux, de caractère difficile. Rien dans les urines.

Observation XVI (personnelle).

(Recueillie aux Enfants-Malades, service de M. le Dr COMBY.)

Mai 1907. — Hélène M..., 11 ans. Père cirrhotique. Mère bien portante, a eu cinq enfants dont l'un est rachitique ; un autre est mort à 5 mois, de convulsions ; les autres sont bien portants.

Venue à terme, nourrie au sein jusqu'à 20 mois. A eu la rougeole, la scarlatine, la varicelle, les oreillons.

La mère raconte qu'elle vomit depuis son enfance, tous les trois mois environ ; la crise consiste en malaise, en vomissements bilieux et glaireux, s'accompagnant de fièvre et de douleurs abdominales ; chaque crise dure en moyenne cinq jours, chaque fois un peu de subictère.

Le 17 avril. — L'enfant se plaint de céphalalgie et de douleurs d'oreilles, elle a de la fièvre et voit se développer sur les cuisses des plaques rouges qui ne durent que quelques heures.

Le 19. — Elle est prise de vomissements et de douleurs abdominales, localisées surtout dans la fosse iliaque droite.

Entrée à l'hôpital le 21 mai, elle vomit dans la soirée tout ce qu'elle a mangé ; le matin encore un vomissement ; température 38° 2.

A l'examen du ventre, point douloureux dans la fosse iliaque droite. Foie normal.

Acétone dans les urines.

A la visite du lendemain, le point douloureux a disparu.

Observation XVII(personnelle).

(Recueillie dans le service de M. COMBY,
aux Enfants-Malades.)

Janvier 1906. — Marcelle M..., âgée de 6 ans. Mère très nerveuse. Née à terme, nourrie au sein, a marché à 1 an ; première dent à dix mois. Rougeole à 2 ans 1/2.

Les vomissements ont commencé. il y a un an. Un jour elle

a vomi dix fois de la bile ; la crise était grave, obligeant la mère à appeler un médecin ; elle a duré une journée.

Depuis cette époque, les crises se sont reproduites à des intervalles irréguliers, tantôt tous les mois, tantôt tous les deux mois.

Elles surviennent en pleine santé et durent deux jours ; il y aurait eu quelquefois de la fièvre.

La dernière crise a eu lieu le 1^{er} janvier, plus violente que les autres et après laquelle l'enfant a beaucoup maigri.

État actuel. — L'enfant est bien développée, un peu maigre, très nerveuse. Le ventre n'est ni douloureux, ni ballonné. Le foie est normal. Appétit conservé.

Régime végétarien, alcalin. Hydrothérapie.

Observation XVIII (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr COMBY,
aux Enfants-Malades.)

Juillet 1906. — Marcelle M..., 8 ans et 1/2.

Mère 33 ans, bien portante, a une fillette de 8 mois qu'elle nourrit et qui se porte bien. Père 33 ans, nerveux, bien portant.

Née à terme, nourrie au sein jusqu'à 18 mois. N'a jamais présenté de troubles gastro-intestinaux graves ; est plutôt constipée. Nerveuse, appétit irrégulier, boit beaucoup.

A partir de l'âge de 5 ans, cette fillette a eu, toutes les quatre à cinq semaines, des crises de vomissements. Tout d'un coup, en pleine santé, elle est prise de vomissements, avec douleurs de ventre, localisées au côté droit. Vomissements

incoercibles durant quatre, cinq, six jours, et se terminant brusquement. Elle revient vite à la santé, à la fin de chaque crise. Pendant l'accès, elle est pâle, amaigrie, très abattue, état général tellement inquiétant qu'on craint de la voir mourir.

Depuis quelques temps la mère a remarqué que les crises augmentaient de gravité.

État actuel. — L'enfant est maigre, peu développée ; on lui voit les côtes, la poitrine étroite, les yeux encavés et cerclés de noir. Langue saburrale, pas d'appétit.

Le ventre est souple, non ballonné, la palpation ne révèle aucune douleur dans la fosse iliaque gauche ; à droite, au point de Mac Burney, légère sensibilité à la pression.

Poumons, cœur, foie, normaux.

Nous croyons à l'existence d'une appendicite chronique s'étant traduite par des vomissements à répétition.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans la majorité des cas, la maladie a un début brusque ; c'est en pleine santé, et sans cause appréciable qu'un enfant est pris, tout d'un coup, de vomissements incoercibles.

Le début n'est pas toujours aussi brutal. Assez souvent, il existe une phase prodromique ; depuis quelques jours, l'enfant dort mal, il a de l'anorexie, de la lassitude ; la langue devient saburrale, la constipation opiniâtre, l'haleine franchement mauvaise. Après ces phénomènes précurseurs, qui d'ailleurs peuvent manquer, les vomissements surviennent, incessants et fort pénibles, presque jamais précédés de nausées. D'abord alimentaires, ils ne tardent pas à devenir aqueux, pouvant présenter parfois une teinte jaunâtre ou être striés de sang.

L'haleine de l'enfant qui vomit, présente généralement une odeur aigrelette, odeur d'acétone assez forte, quelquefois, pour impressionner les personnes de l'entourage.

Les attaques de vomissements se répètent d'ordinaire plusieurs fois dans la même journée, soit spontanément, soit sous l'influence d'un mouvement brusque ou après l'ingestion d'aliments solides ou liquides. L'estomac est à ce point intolérant qu'un simple morceau de glace, donné au petit malade pour apaiser sa soif, suffit à provoquer de nouveaux vomissements.

Un symptôme presque constant, caractéristique par sa rapide apparition, est la postration. Elle survient dès le début de la crise ; l'enfant a la figure pâle, les traits sont tirés, les joues creusées et les yeux cernés. On pense à une infection grave, à une intoxication profonde de l'organisme. Pourtant, l'intelligence reste lucide et si le petit malade, épuisé par des vomissements répétés, incoercibles, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, il reconnaît bien les gens qui l'entourent. Il n'est pas comateux, mais anéanti, dans un état d'abattement extrême, avec un pouls petit, irrégulier, fréquent, battant jusqu'à 130, 150 pulsations.

La température n'est pas très élevée, elle ne dépasse pas ordinairement 38°, rarement elle atteint 40° ; dans quelques cas, elle est tout à fait normale. La dyspnée n'est jamais accentuée, la langue est à peine recouverte, d'un léger enduit blanchâtre ; le ventre est rétracté, creusé en bateau, mais il peut être météorisé. La constipation est habituelle ; dès le début de la crise, elle devient opiniâtre et ne cède que difficilement aux moyens thérapeutiques mis en

œuvre contre elle. L'apparition presque simultanée des vomissements et de la constipation constitue un côté très particulier de la maladie.

Lorsqu'on palpe l'abdomen, il peut arriver qu'on réveille une douleur généralisée, diffuse, plus marquée peut-être dans la région périombilicale, et qu'on sente au niveau du côlon descendant des matières fécales durcies. Mais le plus souvent la palpation est indolente, et le ventre qu'on explore a gardé sa souplesse normale. Dans certains cas, on pourra, si on cherche bien et à plusieurs reprises dans la fosse iliaque droite, tantôt réveiller une douleur assez nette, tantôt sentir « un boudin cœcal » ou une défense musculaire à peine appréciable, autant de signes qui témoignent d'une atteinte plus ou moins légère de l'appendice. L'examen des autres organes est presque toujours négatif. Cependant le foie peut, quelquefois, être hypertrophié, et douloureux, dépassant de quelques travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Les urines sont rares, mais n'ont nullement les caractères des urines fébriles ; elles renferment une quantité plus ou moins grande d'acétone que révèle la réaction de Lieben.

Au bout de quelques heures, plus souvent au bout de quelques jours, les vomissements deviennent moins fréquents, les accès s'espacent de plus en plus, l'enfant a pu garder une gorgée de liquide. La fièvre est tombée et le pouls a perdu son irrégularité. C'est la fin de la crise, aussi rapide que le début en a été

brusque. On peut dire qu'il n'y a pas de convalescence ; du jour au lendemain l'enfant a retrouvé son appétit, repris ses couleurs et sa gaieté ; il court à ses jeux avec entrain et c'est à peine s'il reste d'un trouble en apparence si grave et effrayant, une légère fatigue.

Les attaques de vomissements durent en moyenne trois à quatre jours ; on en a vues, qui ont duré quelques heures et M. Comby a rapporté l'observation d'un enfant chez lequel les accidents ont persisté trois semaines.

Un enfant a généralement plusieurs crises de vomissements, se répétant à intervalles plus ou moins éloignés. Le dernier accès est, pour ainsi dire, la reproduction photographique de ceux qui l'ont précédé.

Parfois même les crises reviennent avec une régularité périodique, comme chez le petit malade de M. Comby qui avait ses attaques de vomissements tous les deux mois. A mesure que l'enfant avance en âge, les crises deviennent moins fréquentes, pour disparaître enfin à la puberté.

Nous avons essayé de schématiser ainsi le tableau clinique de la maladie. Dans chaque cas individuel, il faudra, certes, tenir compte de la constitution du jeune sujet, de son tempérament, de sa morbidité passée ou actuelle : autant de caractères qui imprimeront au syndrome de légères variantes. C'est ainsi qu'un enfant nerveux pourra en même temps avoir des convulsions ; un autre fera sa crise de vomisse-

ments à l'occasion d'une fièvre éruptive, ou infectieuse, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, grippe...

Il y a des enfants, mal nourris, sevrés trop tôt, devenus rachitiques avec un estomac dilaté et des troubles intestinaux qui présenteront des vomissements périodiques, en même temps que les symptômes dus à leur dyspepsie gastro-intestinale.

Mais sur le fond du tableau clinique se détacheront toujours plus marqués, plus saisissants les symptômes qui donnent à cette affection ses traits particuliers et caractéristiques, le début brusque des vomissements, la constipation presque simultanée, la prostration rapide des forces, la cessation brusque des vomissements, la répétition des crises, la santé excellente dans l'intervalle de ces crises.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Neuro-arthritisme. Théorie de l'intoxication acide.

Théorie hépatique. Théorie de l'auto-intoxication intestinale. Théorie uricémique.

Dans quelles conditions étiologiques, un enfant est-il pris de vomissements périodiques ? D'après une statistique de M. le D^r Comby, portant sur 34 cas, les crises de vomissements s'observent rarement dans la première enfance ; leur maximum de fréquence est compris entre 2 et 7 ans, après le sevrage et avant que s'achève la deuxième dentition.

Il est à noter que la plupart des malades atteints de vomissements périodiques, appartiennent à la clientèle riche ; les enfants pauvres que l'on voit à l'hôpital ne présentent que rarement cette affection.

Les filles sont plus souvent atteintes que les garçons, (24 filles contre 10 garçons).

Nous croyons également devoir insister sur la grande fréquence des troubles gastro-intestinaux, chez ces petits malades. Dans 30 0/0 des cas observés, M. le D^r Comby a noté l'entérite muco-membraneuse ; la constipation qu'on pourrait considérer

comme le premier degré de l'entéro-colite existe dans presque tous les cas. La dyspepsie, la dilatation de l'estomac ne sont pas rares. Certains enfants présentent en même temps de la pharyngite, de l'adénoïdite chroniques ; enfin dans plusieurs observations, l'appendicite est indéniable.

Mais le facteur étiologique capital, constant, pourrait-on dire (33 fois sur 34 dans la statistique de M. le D^r Comby), noté par tous les auteurs, souligné dans toutes les observations, est *l'hérédité neuro-arthritique*. Et ce facteur nous semble tellement essentiel, que nous refusons, à *priori*, d'accepter comme juste, toute théorie pathogénique, si séduisante soit-elle, qui n'en tient pas compte. Quand on fouille l'histoire de ces malades, atteints de vomissements périodiques, on est presque sûr de trouver chez les ascendants une manifestation arthritique ou une tare nerveuse : goutte, obésité, migraine, diabète, lithiases, asthme, épilepsie, hystérie, troubles mentaux divers.

Bien plus, il n'est pas rare de voir ces enfants porter pour ainsi dire sur leur figure le cachet de cette lourde hérédité. Quelques-uns sont pâles, chétifs, sujets aux accès de migraine, d'un nervosisme exagéré ; d'autres sont eczémateux, obèses, en proie aux terreurs nocturnes, ayant même présenté, parfois, des troubles qui sont comme la signature de la grande diathèse : coryza spasmodique, laryngite striduleuse, spasme de la glotte, épistaxis à répétitions, etc... Dans le même ordre d'idées, on peut considérer comme

étant sous la dépendance de la diathèse arthritique, le caractère familial des vomissements périodiques, affirmé par quelques auteurs. A côté de ces troubles fonctionnels, on peut observer chez certains enfants, comme un stigmate de l'arthritisme, une déformation spéciale des petits doigts : signe organique de grande valeur, que M. le professeur Landouzy a dénommé : *campto-dactylie*.

Toutes ces conditions étiologiques ne nous renseignent guère sur la nature de la maladie ; elles constituent certes, des causes adjuvantes de première importance ; mais sur ce terrain arthritico-nerveux, quel est le *primum movens*, la cause efficiente, seule capable d'engendrer le syndrome des vomissements périodiques chez les enfants prédisposés par l'hérédité ?

Quelques auteurs pensent que les vomissements paroxystiques sont *d'origine réflexe*. Nous ne pouvons accepter leur manière de voir, parce que dans la grande majorité des cas, il est impossible de préciser le point de départ du réflexe.

Faut-il incriminer une maladie primitive du tractus intestinal ? Les caractères essentiels du syndrome que nous avons décrit, ne permettent pas de supposer que de ce côté puisse se trouver la cause réelle des vomissements cycliques. Un grand nombre d'enfants ne présentent en dehors des crises, aucun trouble digestif, aucune modification objective de l'estomac et de l'intestin. D'ailleurs, la brusque apparition des accidents, leur terminaison si

rapide, leur évolution, leur périodicité, l'inefficacité du régime, tout porte à croire que nous avons affaire à une intoxication générale de l'organisme, et que ces crises « ne sont pas plus le fait d'une lésion primitive de l'estomac, que les vomissements de la migraine ou ceux de l'anesthésie chloroformique ».

Mais quelle est donc la nature de cette intoxication? *Rotch*, dans un cas de vomissement survenu chez un enfant au sein, et régulièrement nourri, analyse le lait de la mère, et il y trouve un excès de substances albuminoïdes. Il soumet la mère à un régime approprié; les vomissements cessent bientôt après. Il les attribuent à un excès de matières azotées et ne pense pas qu'il y ait lésion gastrique. *Snow* et *Withney* font du vomissement cyclique une névrose primitive. Ils croient à un trouble fondamental du système nerveux, à l'accumulation dans le sang d'un poison qui, périodiquement, mettrait en jeu l'irritabilité nerveuse du sujet prédisposé par l'âge et par l'hérédité. *Griffith* pense que c'est une névrose d'origine toxique. Un poison de nature indéterminée, s'accumulant graduellement dans le sang, finirait par briser toutes les barrières de l'organisme et provoquerait ainsi l'attaque de vomissements. En faveur de sa théorie, *Griffith* fait valoir ces deux faits: douleurs articulaires, démangeaisons généralisées qui suivent ou accompagnent les crises. Pour lui, point n'est besoin d'une hérédité nerveuse. Pour *Holt*, ce poison serait l'acide urique.

Dans un remarquable travail sur l'uricémie infan-

tile, *Rachford* s'attache à démontrer que les vomissements cycliques sont une des nombreuses expressions cliniques de l'arthritisme.

Analysant les humeurs d'uricémiques, il montre qu'il existe surtout deux éléments principaux :

1° L'acide urique et ses sels qui, étant insolubles et peu toxiques, ne peuvent agir que localement ;

2° Les corps alloxuriques (xanthine, paraxanthine, hétéroxanthine) leucomaines plus diffusibles, plus toxiques que les premiers, pouvant agir à distance et expliquer les paroxysmes nerveux. On conçoit en effet que l'accumulation graduelle de ces poisons dans le sang d'enfants prédisposés par l'hérédité, puisse occasionner ces décharges soudaines et périodiques.

Edsall croit à une intoxication *acide*, de nature indéterminée. L'examen du sang a montré, en effet, à Valagussa qu'il est légèrement acide. Cette acidose que révèle la présence de l'acétone dans l'urine, produit les attaques de vomissements, comme chez le diabétique les acides *diacétique* et *oxybutyrique* β engendrent le coma. Cette acidité, *Edsall* la rattache à un trouble du métabolisme, à un vice intime de la nutrition. Cette hypothèse semble confirmée par ce fait que le traitement alcalin à haute dose a dans cette affection des propriétés curatives incontestables.

L'acétone qui ne serait d'après *Edsall* que l'indice révélateur de l'intoxication acide, semble dans la théorie plus éclectique de *M. Marfan*, jouer un rôle plus actif. Il veut bien admettre la prédisposition des sujets, certaines causes adjuvantes comme la réten-

tion stercorale, l'entérite muco-membraneuse, etc. Mais tous ces facteurs étiologiques ne sont que les occasions, à propos desquelles se produirait un trouble spécial du *chimisme cellulaire*, lequel trouble aboutirait à la formation d'acides, dont l'acétone, et de poisons multiples dont l'un déterminerait les vomissements en agissant sur le centre nauséux du bulbe.

Ces hypothèses ne nous semblent pas satisfaisantes. Elles ne sont pas applicables à tous les cas et ne tiennent par compte de toutes les conditions étiologiques dans lesquelles se produit le syndrome des vomissements cycliques. Pour ne parler que de l'intoxication acide, on s'est demandé avec juste raison pourquoi l'acidose produirait le coma diabétique chez l'adulte et les vomissements chez l'enfant.

Quelques auteurs, prenant en considérations les troubles du foie, notés dans plusieurs observations font jouer le premier rôle à l'insuffisance hépatique. MM. Gilbert et Lereboullet ont introduit, les premiers, dans la pathogénie des vomissements périodiques, la notion de la *cholémie familiale*. Pour eux la même insuffisance hépatique, héréditaire se traduirait dans le jeune âge par des vomissements, et chez l'adulte par le flux bilieux. En faveur de cette théorie hépatique M. Richardière apporte des faits qui lui semblent concluants. Il rappelle que la plupart des auteurs ont signalé dans leurs observations des symptômes qui dénotent une atteinte plus ou moins profonde de la cellule hépatique : foie douloureux et hypertrophié, vomissements bilieux, ictère, teint jaune, déman-

geaisons, urticaires. On ne peut donc nier la participation du foie dans la genèse de ces vomissements.

Un médecin des hôpitaux de Bordeaux, M. *Lamacq-Dormoy* est plus exclusif. Il affirme que les enfants atteints de vomissements périodiques ont un foie héréditairement insuffisant ; il déclare même que *dans tous les cas*, il a trouvé le foie gros et douloureux.

On peut faire à la théorie hépatique plusieurs objections. D'abord la constipation est la règle dans cette maladie, et les matières vomies sont habituellement alimentaires ou aqueuses. En outre, l'hypertrophie du foie n'est pas constante ; elle manque le plus souvent, et l'ictère est exceptionnel. D'ailleurs, étant donnée la fréquence des troubles gastro-intestinaux, ne pourrait-on pas penser que ces troubles hépatiques sont secondaires et non primitifs ?

Cette fréquence des troubles digestifs a, en effet, frappé quelques médecins. La constipation surtout est un phénomène presque constant dans l'affection qui nous occupe. Il est donc naturel que l'on en ait fait la cause première de l'intoxication, en vertu de laquelle l'organisme de l'enfant réagit par des vomissements périodiques. En juin 1899, dans une communication à la Société de Pédiatrie, le Dr Méry rapporte les trois faits suivants, que nous résumons :

Observation I

Garçon, 15 ans. Famille arthritico-nerveuse. Dès l'âge de 2 ans, vomissements incoercibles, bilieux, avec abattement

profond, céphalée, constipation, ventre rétracté. Pas de fièvre, ni de symptômes cérébraux. Depuis, des accès semblables se produisent deux ou trois fois par an. Chaque crise dure de six à sept jours. Les vomissements ont disparu à 11 ans, et cette disparation coïncide avec celle de la constipation.

Observation II

Enfant de 3 ans; pâle, chétif, de souche arthritique; es habituellement constipé. Une première crise est caractérisée par vomissements incoercibles, constipation opiniâtre, grand abattement et prostration rapide. Accidents méningitiques. Pas de fièvre. L'enfant eut trois accès semblables dans la même année.

Observation III

Fillette de 9 ans. Dyspeptique. *N'a jamais eu* de crises de vomissements. Le 26 mars 1899, elle est prise de vomissements, avec constipation absolue, ne cédant à aucun traitement. Ventre rétracté, facies cholériforme. Température normale pendant les cinq premiers jours. Le 3 avril, selle fétide; température 39°, montant le lendemain, jusqu'à 40°. Pouls précipité. Lavages intestinaux, bains tièdes, enveloppements froids. L'état général s'aggrave; la température se maintient à 40°, le pouls est à 150 pulsations. L'enfant succombe dans la soirée du 4 avril.

Les deux premières observations sont des cas typiques de vomissements périodiques; la troisième

n'est pas superposable aux deux autres; elle en diffère totalement par l'hyperthermie croissante et l'absence de crises antérieures. Un autre caractère qui la différencie, est la terminaison par la mort et à la première crise. On pourrait plutôt rapprocher le cas de cette fillette de ceux décrits par M. le professeur Hutinel, sous le nom de « choléra sec ».

La description qu'il en donne est en tous points comparable à celle de l'entéro-colite aiguë avec accidents graves. De tous ces faits morbides, le D^r Méry constitue un groupe clinique spécial dont la pathogénie très simple repose sur une intoxication gastro-intestinale, due elle-même à la constipation, à l'arrêt des matières. Et pour expliquer le retour des crises, et leur périodicité, il fait intervenir, l'influence du système nerveux, prédisposé par l'âge et l'hérédité arthritique des sujets.

Une hypothèse, très séduisante, est celle proposée par M. le professeur Hutinel. Dans notre organisme se fabriquent constamment des toxines, qui au fur et à mesure de leur production, sont modifiées par le foie et éliminées par les reins. Toutes les fois, que par suite d'un mauvais fonctionnement du tube digestif, le foie devient insuffisant, incapable de les modifier, ces toxines envahissent le torrent circulatoire. L'organisme va réagir ; mais sa réaction sera subordonnée à l'état constitutionnel du sujet atteint. L'enfant réagira tantôt par une élévation de température, tantôt par une toxidermie, tantôt par des phénomènes nerveux, tantôt par des vomissements.

Pas plus que la théorie hépatique, la théorie de l'intoxication gastro-intestinale ne s'applique à tous les cas de vomissements périodiques. La constipation peut manquer chez les enfants qui présentent ce syndrome ; et la rétention stercorale est le plus souvent absente : les enfants ont le ventre rétracté plutôt que ballonné, et les lavages intestinaux ne sont ils pas presque toujours inefficaces ?

Comme on le voit, nombreuses sont les hypothèses qui ont essayé de pénétrer la nature intime de cette affection. Aucune d'elles ne peut prétendre avoir donné la clef du problème pathogénique. C'est qu'en vérité la cause première nous échappe.

Il est probable qu'il s'agit d'une intoxication, mais de quelle nature ? Il est certain, néanmoins, qu'il existe derrière ce syndrome un trouble profond de la nutrition générale, des modifications encore indéterminées du chimisme cellulaire... Mais ici c'est le champ des hypothèses.

Quoi qu'il en soit du mécanisme intime qui préside à l'évolution des vomissements périodiques, nous considérons avec notre maître, le D^r Comby, avec Valagussa ce syndrome comme un équivalent des différentes manifestations de la diathèse arthritique. L'étude des conditions étiologiques nous paraît à ce point de vue tout à fait concluante. Dans toutes les observations rapportées, les antécédents arthritiques ne font jamais défaut. Bien plus les traits essentiels du syndrome sont tout à fait comparables à ceux qui caractérisent les accès d'athisme ou de goutte. Comme

eux, les accès de vomissements surviennent à l'improviste, sans cause appréciable, cessent brusquement et ne se laissent influencer par aucune médication ; ils sont « comme eux périodiques, comme « eux secondaires, comme eux cycliques, comme « eux indifférents aux agents thérapeutiques. »

L'analogie se poursuit parfois jusque dans leur évolution. Ne voit-on pas quelquefois les vomissements cycliques disparaître, ou plutôt se transformer en accès de migraine, comme on voit chez l'adulte des accès d'asthme ou de goutte succéder à des accès de migraine, et réciproquement ? Les observations suivantes sont démonstratives.

Observation I (résumée).

(Publiée par RACHFORD. *The arch. of Pediatrics*, 1897.)

Enfant né de parents arthritiques ; eut des attaques lithiasiques.

Dès l'âge de 2 mois, crises de vomissements toutes les quatre à six semaines.

Le frère de cet enfant eut dans son enfance des crises absolument semblables. Avec l'âge elles se sont modifiées et aujourd'hui ont fait place à des accès de migraine bien caractérisés.

Observation II (résumée).

(In *Thèse* SOLEIS. Paris, 1899.)

Fillette, 9 ans. Alimentée prématurément et rachitique. Père migraineux. A 3 ans, eut des accès de migraine bien

caractérisés : chaque accès durait vingt-quatre heures. Plus tard, l'enfant eut plusieurs crises de vomissements périodiques, mais n'a *plus eu d'accès* de migraine.

Là ne s'arrête pas l'analogie entre les vomissements périodiques et les autres manifestations arthritiques. L'arthritisme est la « rançon » des classes privilégiées ; l'asthme, l'obésité, la migraine sont maladies courantes chez les familles riches. On ne rencontre que rarement les vomissements cycliques chez les enfants pauvres : cette affection, rare à l'hôpital, est relativement fréquente dans la clientèle de ville.

Le caractère familial, assez souvent observé, est encore une preuve de la parenté qui existe entre ce syndrome et les autres manifestations diathésiques.

Nous savons que les grandes manifestations de l'arthritisme sont rares chez l'enfant. Mais, par contre, que de fois, n'est-il pas possible à un œil exercé, au clinicien expérimenté de saisir chez lui telle expression, telle modalité inusitée de ce « protée » qu'est l'arthritisme ? C'est l'étude de ces petites manifestations qu'a précisée M. le D^r Comby, dans un intéressant travail intitulé *L'arthritisme chez les Enfants*.

Parmi les troubles variés, qu'il attribue à l'état uricémique, nous voyons figurer les vomissements périodiques, à côté d'autres syndromes, tels que céphalalgie périodique, fièvre uricémique ou arthritique, urticaire à répétition, albuminurie, etc...

De toutes ces considérations tirées de l'étiologie et

de la clinique, nous croyons pouvoir conclure que le syndrome constitué par les vomissements périodiques est une des nombreuses expressions cliniques de l'arthritisme et doit avoir sa place marquée entre les grands paroxysmes, tels qu'accès de migraine, d'asthme, etc... et les petites manifestations, telles que : céphalalgie périodique, albuminurie, fièvre arthritique, etc...

RAPPORTS ENTRE LES VOMISSEMENTS CYCLIQUES ET L'APPENDICITE CHRONIQUE, LES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES, L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE.

Dans plusieurs observations consignées dans notre thèse, on peut voir des enfants atteints de vomissements périodiques, présenter en même temps des signes d'appendicite. Comment interpréter ces faits ? Doit-on penser qu'il n'y a entre les deux affections qu'une simple coexistence, ou bien un rapport de causalité ? En d'autres termes, les vomissements périodiques sont-ils, du moins dans un grand nombre de cas, l'expression symptomatique d'une appendicite latente, et qui pourra ne se manifester que plus tard ?

A la Société de Pédiatrie, le Dr Comby, montrant quelques cas de vomissements cycliques en rapport avec une appendicite méconnue, s'exprimait ainsi : « Il y aura lieu, désormais, en présence de vomissements périodiques, de songer à l'appendicite. » L'éveil est donné, à partir de ce jour, tous les méde-

cins d'enfants mieux avertis ne négligèrent pas, dans tous les cas de vomissements cycliques, de rechercher, d'une façon plus minutieuse, les signes souvent obscurs de l'appendicite chronique. En France, après le D^r Comby, les D^{rs} Hutinel, Marfan, Richardière, Broca et tant d'autres apportent de nombreuses observations où les vomissements cycliques sont en rapport plus ou moins étroits avec l'appendicite. En Amérique, le D^r Holt signale la confusion possible entre les deux affections. Le D^r Townsend a vu un cas guéri après ablation d'appendice. Le problème est donc nettement posé et les éléments ne manquent pas pour qu'on essaie d'en rechercher la solution. M. Marfan se refuse à croire que les crises de vomissements soient une forme larvée d'appendicite chronique. Il admet tout au plus la coexistence possible des deux affections chez le même sujet. A l'appui de sa thèse il cite plusieurs cas, entre autres, celui de M. le professeur Hutinel, concernant un enfant atteint de vomissements cycliques, et dans lequel on voit les crises persister malgré l'ablation de l'appendice.

Il relate lui-même une observation qui lui semble démonstrative, concernant une fillette de six ans. Cette malade a eu plusieurs crises typiques de vomissements cycliques. Pendant une de ces crises, elle présente des symptômes de péritonite, consécutive à une appendicite. On enlève l'appendice, qui est gonflé, présentant au centre d'un follicule un point rougeâtre. Or neuf mois après l'opération, l'enfant a

une nouvelle crise typique de vomissements avec acétonémie, durant quarante-huit heures, en tout semblable aux précédentes. La conclusion s'impose.

M. Marfan affirme la coexistence possible des deux affections, chez le même sujet, mais il n'admet pas que le syndrome en discussion représente, même dans quelques cas, une forme larvée d'appendicite.

En 1906, à la même Société de Pédiatrie, M. le Dr Comby apporte une série de 18 cas sur 72, où le syndrome a été suivi à plus ou moins longue échéance de symptômes appendiculaires. Et à ce propos, il se demande avec raison si les vomissements cycliques ne sont pas l'expression d'une appendicite latente, qui pourra se démasquer plus tard. Dans deux cas, il est vrai, les crises ont apparu, après appendicectomie. Il semble donc bien acquis que l'appendicite se trouve ou peut se trouver derrière le syndrome si spécial des vomissements périodiques. A ce sujet, l'opinion de M. Broca est formelle.

Il est convaincu que parmi les vomissements périodiques il en est, plus nombreux qu'on ne pense, qui relèvent d'appendicite méconnue. Comme faits positifs, il signale deux observations de vomissements cycliques guéris par l'ablation de l'appendice. En voici une autre que nous résumons; elle fut communiquée par M. Broca à la Société de Pédiatrie, en mars 1905. Il s'agit d'une fillette de 5 ans et 1/2; depuis l'âge de 16 mois a des crises de vomissements se reproduisant tous les deux mois, jusqu'à 5 ans. A

partir de cette époque, les crises ne surviennent que tous les six mois.

MM. Marfan et Bouloche, consultés, portent le diagnostic de vomissements avec acétonémie. A une de ces crises, le Dr Broca consulté trouve quelques signes légers d'appendicite ; à la crise suivante, le diagnostic d'appendicite est évident.

L'enfant traitée médicalement, continue à avoir des accès de vomissements. Enfin, un beau jour, crise violente, avec symptômes graves et point appendiculaire net. L'enfant est opérée ; l'appendice présente des lésions *anciennes* et très accentuées. Depuis l'enfant n'a plus eu de crises.

En aura-t-elle par la suite ? On ne peut rien affirmer. Mais voilà bien une observation positive, un cas où l'appendicite était en rapport très étroit avec les crises de vomissements périodiques.

En cas de guérison définitive, on serait bien en droit d'affirmer que l'appendicite était seule en cause ou que le syndrome en question était bien l'expression clinique d'une appendicite chronique latente et qui ne s'est démasquée que fort tard. La guérison fut en tout cas définitive dans les deux cas de M. Broca, signalés plus haut ; le cas du Dr Townsend est aussi concluant. En voici un autre, résumé, que nous trouvons consigné dans les *Archives de Médecine des Enfants*, 1905.

Fille de 11 ans 1/2, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades pour une crise de vomissements, sans fièvre mais avec

douleurs de ventre. Les crises de vomissements ont débuté à 4 ans, et reviennent tous les deux mois environ. On peut estimer à 40,50 les crises éprouvées par la fillette. Constipation habituelle. Depuis un an, douleurs de ventre accusées par l'enfant. La crise actuelle a débuté il y a cinq jours par violentes douleurs abdominales, surtout marquées au point de Mac Burney, et s'est accompagnée de vomissements et de constipation. Les jours suivants, un boudin cœcal se forme : l'appendicite est évidente.

Opération 15 février, à Saint-Joseph. Guérison.

Que conclure de cette étude si intéressante sur le rapport de l'appendicite et des vomissements cycliques? Certes, nous n'oserons affirmer que l'appendicite est toujours en cause dans la genèse de ce syndrome. Mais que penser des cas, toujours plus nombreux, où l'appendicectomie a fait cesser les crises de vomissements?

Nous sommes convaincu, pour notre part, que les relations de l'appendicite avec les vomissements cycliques deviendront de plus en plus fréquentes, de plus en plus précises, du jour où les médecins, mieux avertis, chercheront avec plus de soin, avec plus d'acharnement, les signes souvent si légers de l'appendicite chronique. Il faudra toujours y penser, surtout en présence de ces enfants qui, dans l'intervalle de leurs crises, restent pâles, languissants, dyspeptiques.

À la fin de ce chapitre, nous voudrions attirer l'attention sur la fréquence relative des végétations

adénoïdes, de la pharyngite chronique, de l'entérocolite chez les enfants atteints de vomissements périodiques.

Il serait intéressant de rechercher s'il y a entre ces différentes manifestations morbides plus qu'un rapport de simple coexistence. Plus particulièrement en ce qui concerne l'entéro-colite M. le Dr Ausset, s'appuyant sur diverses considérations étiologiques et pathogéniques, se croit autorisé à conclure que vomissements cycliques et entérite muco-membraneuse ne sont que des modalités, des manifestations parallèles du neuro-arthritisme.

Bien que les faits ne soient pas assez nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes, nous oserions émettre une conception différente, plus générale, s'appliquant à tous les phénomènes morbides en relations plus ou moins étroites avec les vomissements cycliques.

L'entérite muco-membraneuse est chez les enfants la cause la plus fréquente de l'appendicite. Or, entérocolite et appendicite sont souvent précédées, chez eux, de rhino-pharyngite chronique et d'adénoïdite, qui semblent marquer comme la première étape des processus infectieux du tractus intestinal. N'est-il donc pas permis de concevoir, puisque l'appendicite se voit assez souvent chez les enfants atteints de vomissements périodiques, que l'on puisse également observer chez ces mêmes enfants tantôt l'entérite muco-membraneuse, tantôt les végétations adénoïdes, tantôt même tout le complexe morbide au complet ?

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic est facile dans la grande majorité des cas. Le syndrome que nous avons étudié, est par lui-même assez caractéristique.

Quand un enfant, en général bien portant, est pris de vomissements répétés, d'une façon brusque et sans infraction hygiénique appréciable; quand dès le début de la crise, il présente de la constipation opiniâtre, une haleine acétonémique, une prostration rapide des forces; quand l'intelligence reste lucide, malgré un état général alarmant, on aura le droit de conclure aux vomissements périodiques.

Ce diagnostic sera certain si l'enfant a eu plusieurs crises semblables; si dans l'intervalle des crises la santé est excellente; si à la fin de chaque crise le retour à la santé est presque immédiat.

Dans tous les cas, la notion des antécédents héréditaires sera d'un grand poids.

Quand la maladie ne présente pas les traits qui la caractérisent, on pourra la confondre surtout avec la

la *méningite*. On cherchera dans la méningite la raideur de la nuque, la raie méningitique, les troubles oculaires, et les phénomènes bulbaires. Dans les cas difficiles, la ponction lombaire lèvera tous les doutes.

La *gastro-entérite* aiguë, la *péritonite*, l'*invagination intestinale*, les *tumeurs cérébrales* présentent des symptômes spéciaux caractéristiques de ces différentes maladies. L'*hystérie* donne quelquefois lieu à des vomissements qui ressemblent aux vomissements cycliques. On trouvera dans ce cas les stigmates qui la font reconnaître; d'ailleurs à l'âge où les crises de vomissements avec acétonémie se produisent, l'*hystérie* est très rare.

Le diagnostic vraiment difficile, problème qui se pose parfois d'une façon insoluble, est celui d'*appendicite*. Nous croyons nous être suffisamment expliqué dans le précédent chapitre.

Les vomissements périodiques n'entraînent jamais la mort. Pourtant, Griffith, Langweard, d'autres auteurs ont signalé des cas de mort. Mais c'est tout à fait exceptionnel. Dans quelques observations rares, le dénouement fatal fut la conséquence de l'*appendicite*, cause des vomissements cycliques.

TRAITEMENT

1° TRAITEMENT DE L'ACCÈS. — Il est surtout palliatif et symptomatique.

On s'efforcera d'atténuer la violence des crises. L'enfant sera laissé au lit, dans le silence, et dans une chambre bien aérée.

Si les vomissements sont trop violents, on pourra essayer l'eau chloroformée, le menthol, la glace intus et extra.

On ne négligera pas l'antisepsie : les grands lavages intestinaux, à l'eau bouillie salée et tiède, sont indiqués.

A l'intérieur, on prescrira le calomel à petites doses.

2° TRAITEMENT DANS L'INTERVALLE DES ACCÈS. — Presque tous les enfants sont de souche arthritique. On portera donc tous ses efforts contre la diathèse arthritique. Contre elle, on luttera avantageusement par l'hygiène et un régime approprié.

L'enfant sera, autant que possible, élevé au grand air, à la campagne ; il cultivera surtout les exercices

physiques, avec méthode et modération : jeux du dehors, promenades, courses, etc... Par tous ces moyens, on accélérera sa nutrition, et on facilitera l'élimination des déchets de l'organisme.

Aucun surmenage intellectuel.

On stimulera les fonctions de la peau et du système nerveux par les frictions sèches ou alcoolisées, et par l'hydrothérapie. L'alimentation sera réglée minutieusement. L'enfant sera surtout un végétarien et un buveur d'eau ; on recommandera les légumes cuits et en purée ; on prendra garde aux mets épicés, trop acides, ou trop sucrés.

Combattre la constipation par les laxatifs, les suppositoires glycerinés, le massage abdominal.

A ce régime, on pourra ajouter avec avantage tout ce qui diminue les acidités organiques ; les alcalins : bicarbonate de soude, magnésie calcinée, carbonate de lithine. On les associera, par exemple, suivant la formule suivante :

Bicarbonate de soude	0.25
Magnésie calcinée.	0.20
Pepsine	0.10
Noix vomique.	0.01

Un paquet avant chaque repas dans un peu d'eau, ou dans du lait.

En somme c'est sur l'hygiène qu'il faut surtout compter pour améliorer l'état général et transformer le tempérament morbide de ces enfants.

CONCLUSIONS

1° Les vomissements périodiques constituent un syndrome spécial à l'enfance, caractérisé par des vomissements paroxystiques pouvant s'accompagner de constipation opiniâtre et de prostration rapide des forces. Les crises de vomissements surviennent le plus souvent à l'improviste, chez les enfants bien portants, et se répètent à intervalles plus ou moins éloignés jusqu'à la puberté où elles finissent par disparaître.

2° Ce syndrome est presque toujours sous la dépendance de la diathèse neuro-arthritique ; il est comme l'équivalent, chez les enfants, d'un accès d'asthme, de migraine et de goutte ; sa place est à côté des autres manifestations arthritiques, quelquefois observées dans l'enfance : céphalalgie périodique, fièvre arthritique, albuminurie, etc...

3° La cause des vomissements périodiques est, probablement, une intoxication, de nature encore indé-

terminée, relevant d'un trouble profond de la nutrition générale.

4° L'appendicite est assez souvent en cause dans la genèse des vomissements cycliques. D'où la nécessité de rechercher, chaque fois qu'on est en présence de ce syndrome, les signes souvent obscurs de l'appendicite chronique. Cette recherche sera minutieuse, attentive, patiente, répétée même dans l'intervalle des crises.

5° Le traitement doit s'inspirer de la pathogénie. Il faut combattre par une hygiène sévère et un régime approprié la diathèse dont les vomissements cycliques sont la manifestation clinique.

Vu : le Président de la thèse

LANDOUZY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-recteur de l'Académie

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- CÉARD. — Thèse Paris, 1904.
- COMBY. — Archives de médecine des Enfants, 1899.
- Société médicale des Hôpitaux, janvier 1900 et novembre 1902.
- Congrès de Pédiatrie. Nantes, 1901.
- Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1901, 1905, 1906.
- GILBERT ET LEREBoullet. — Société méd. des Hôp., juillet 1902.
- GRANCHER, MARFAN, COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, t. II.
- HOLT. — Arch. of Pediatrics, 1897.
- HUTINEL. — Semaine médicale, 1899.
- LAMACQ-DORMOY. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1905. *In* Thèse Céard.
- MARFAN. — Archives de médecine des Enfants, 1901.
- Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1901, 1905, 1906.
- Société méd. des Hôp., 1902.
- MÉRY. — Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1899.
- RACHFORD. — Arch. of Pediatrics, 1897.
- SNOW. — Arch. of Pediatrics, 1893.
- SOLELIS. — Thèse Paris, 1899.
- VALAGUSSA. — Policlinico, 1901.
- WITHNEY. — Arch. of Pediatrics, 1898.

